

多組織救急懇談会の連携を活かした2025年対応—9年間、55回の意義と展望

長岡赤十字病院 救命救急センター センター長

○内藤 ^{ないとう} 万砂文、江部 ^{まきふみ} 克也、江部 佑輔、小林 和紀

【はじめに】 救急現場は社会の縮図である。受診患者を通して現代社会の問題が垣間見える。その最たるものが救急患者の高齢化である。入院するとさまざまな機能低下が顕在化し、治療に成功しても退院は容易でない。慢性期病院、施設への転院には時間を要し、新たな救急患者のベッド確保が困難となる。医療以外の調整、交渉が必要となり、多職種、多組織連携が欠かせない。2025年に向かい今後状況は益々厳しくなる。地域の救急懇談会を活かしていきたい。

【長岡地域救急懇談会の概要】 長岡市は3病院による救急輪番体制が機能してきたが、重症例の連続搬入問題などを機に、2006年6月に救急懇談会を立ち上げた。情報共有と協議を目的に3病院の救急担当医師と看護師だけで始めたが、消防、医師会、行政（長岡市および保健所）も加わるようになった。これまで55回を重ね精神医療センター、認知症センター、弁護士会、マスメディア、警察などを含む多種多様な組織から毎回30人前後の参加が得られるようになった。会の進行は自己紹介に始まる。受け入れ困難例の提示と対策、他組織への要望、問題症例の情報共有や対応の統一化などを行っている。参加者全員に何らかの発言を求めるようにしている。切り口の異なる意見や情報が寄せられ、他組織の役割や能力を知ることにより、課題解決への糸口が見いだせている。

【現状と展望】 救急医療に関係する多組織の実務者が本音で活発な意見交換し顔の見える関係構築が進んだことで、病院単独では対応困難な問題も地域全体で取り組めるようになった。市の地域包括ケア推進協議会にも懇談会として参画できるようになった。今後は介護・福祉関連施設など医療を取り巻く組織にも懇談会への参加を促し、2025年問題に多組織連携で取り組んでいきたい。

SY II -02

地域医療における現状と将来を考える—地域包括ケア病棟を導入して

釧路赤十字病院 副院長

○山口 ^{やまぐち} 辰美 ^{たつみ}

2016年度中に各都道府県は地域医療ビジョンを策定することになっており各々の病院は病床数を見直しその地域における自病院の性格を明らかにすることが求められている。北海道は広域であるがために都府県単位ではなく大きく道央、道南、道北、道東という区分がありその中で当院は道東地域にある。道東地域は人口100万を擁しているがその面積が大きいためさらにオホーツク、十勝、釧根の3つに分けられそれぞれが30万～35万の人口圏となっている。全国の日赤医療施設は92あるが各病院の規模、性格、地域での役割は大きく異なり高度急性期から療養型に近い施設まで存在し日本の医療施設の縮小したモデルのような集合体である。北海道には日赤病院は旭川、伊達、北見、栗山、浦河、小清水、置戸、函館、清水、そして釧路の10つの施設があるが病床数は大きく異なりやはり各地域での立ち位置は大きく異なっている。道東は3つのブロックに分かれている。オホーツクでは北見日赤が、十勝では帯広厚生病院が、釧路では1病院で急性期医療を完結しているのではないかとと思われるが釧路地区は急性期病院が多く存在し実際7：1が980床、10：1はおよそ1400あり供給過多とも目されている。またそれに反し療養病棟は600に過ぎないというアンバランスが顕著な地域でもある。当院は日赤本社の方針？に従ってDPC 病院となり、7：1の急性期病院という道を歩んできた。しかし病床稼働率の低下、看護必要度の見直しから方針の転換を迫られ本年2月より1病棟を地域包括ケア病棟としオープンさせた。地域総合医療計画は地域ごとの事情（実情）に合わせて立てることになっており、これは当然であろうが各病院はそれぞれその立ち位置を自分で決定することを求められているという意味でもある。当院でも地域での医療・介護の現状を分析し目指すべき近未来像を模索している。それを報告し各施設からの意見を頂きた参考になれば幸いである。

SY II -03

2025年地域医療構想に向けた名古屋第二赤十字病院の取り組み

名古屋第二赤十字病院 副院長

○佐藤 ^{さとう} 公治 ^{こうじ}

もう動き出している病床機能分化。自院の目指すべき方向が問われている。この地域で何を期待されているか、どのような医療を目指すのかを再考する時が来た。当院の役割分担は高度急性期医療と決めた。救急と高度先進医療をいかに両立するか、地域包括ケアの中で当院に求められていることは何かを模索している。厚労省の施策の機能分化は、未だ国民と医療者に浸透しておらず、医療機関が早合点し急な舵を取ると現場では混乱する。救急不応需無しが原則、機能分化ができるまでは一次から三次まで診るべき。低侵襲手術は術後回復が早く、すぐに看護必要度が下がる。高度な先進医療を行う専門病院はどの機能病院なのだろうか。24時間365日、医療の質を落とさずに稼働するにはどのような人員配置が必要かなど課題は多い。以下、当院の取り組みを紹介する。まずはいくつかの横断的な組織をセンター化した。地域医療連携センターは、地域包括ケア支援室、地域医療連携室、退院支援室、医療福祉相談室を設け、病診連携から病病連携まで、きめ細かい地域連携に対応する。昨年からは医師会の地域包括ケア事業と協働している。紹介患者から新規入院患者が発生する。予定入院対救急入院の比率を変えていきたい。地域の医療機関と医療資源をどう共有するか。厚労省は高度急性期病院においては病床数の3倍程度の職員が必要と推測する。人件費を含む固定費の増加や材料費の高騰にあえぐ病院は多い。病病連携で医療資源のシェアが必要だろう。他には手術検査支援センターから入院支援センターへ発展、退院まで一貫して支援する。医療の質のより向上を目指し医療安全推進センターを充実した。安全な医療の標準化は短期入院につながる。手術管理センターは多職種が働く場として機能する。手術室は決して一病棟ではない。着実に歩み寄る高齢化2025年問題を直視し、問題を先送りせず短期中期のプラン変更も考えないといけない。赤十字間でのさらなる情報共有が発展につながる。